**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Si prega di compilare in stampatello e inviare

# entro il 28 settembre 2018

alla Segreteria Organizzativa:

Kassiopea Group Srl, via Stamira 10 – 09134 Cagliari

fax 070 656263 - e-mail: paolaferracin@kassiopeagroup.com

*Tutti i campi sono obbligatori*

\*Ruolo

**□** Libero Professionista □ Dipendente □ Convenzionato

(indicare quale attività si svolge – obbligatorio ai fini ECM)

Cognome Nome Codice fiscale: | | | | | | | |\_\_| | | | | | | | |

Luogo e data di nascita

\*\*Disciplina Dipartimento \_ Istituto *Indirizzo lavoro*:

Via n° CAP Città Tel. Cell. FAX *Indirizzo privato:*

Via n° CAP Città

**E-mail**

\* Ruolo: P=Partecipante ECM

\*\* Disciplina: Specificare Specializzazione già conseguita.

NB: Quote di iscrizione MEDICI 50 €, INFERMIERI 25 €

# La Segreteria Organizzativa comunicherà la conferma dell'avvenuta iscrizione entro l’8 Ottobre 2018

**Legge 196/2003 sulla Privacy**

**Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla privacy**

***Data Firma***